

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

N°
420

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean GUICHARD

né le 5 Novembre 1907 à St-Jean-de-Losne (Côte-d'Or)

Contribution à l'Etude

D E S

Kystes Hydatiques du Poumon

Président : M. LEMIERRE, Professeur

ÉDITIONS JEL

16, Rue Ernest-Cresson

PARIS

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean GUICHARD

né le 5 Novembre 1907 à St-Jean-de-Losne (Côte-d'Or)

Contribution à l'Etude

DES

Kystes Hydatiques du Poumon

Président : M. LEMIERRE, Professeur

ÉDITIONS JEL

16, Rue Ernest-Cresson

PARIS

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN. G. ROUSSY

I. - PROFESSEURS

	MM.
<i>Anatomie</i>	ROUVIERE.
<i>Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale</i>	PROUST.
<i>Physiologie</i>	Léon BINET.
<i>Physique médicale</i>	STROHL.
<i>Chimie médicale</i>	DESGREZ.
<i>Bactériologie</i>	Robert DEBRE.
<i>Parasitologie et histoire naturelle médicale</i>	BRUMPT.
<i>Pathologie et thérapeutique générales</i>	BAUDOUIN.
<i>Pathologie médicale</i>	CLERC.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	CHEVASSU.
<i>Anatomie pathologique</i>	TIFFENEAU.
<i>Histologie</i>	ROUSSY.
<i>Pharmacologie et matière médicale</i>	CHAMPY.
<i>Thérapeutique</i>	LOEPER.
<i>Hygiène et médecine préventive</i>	TANON.
<i>Médecine légale</i>	BALTHAZARD.
<i>Histoire de la médecine et de la chirurgie</i>	LAIGNEL-LAVASTINE.
<i>Pathologie expérimentale et comparée</i>	FIESSINGER.
<i>Hydrologie thérapeutique et climatologie</i>	Maurice VILLARET.

<i>Clinique médicale</i>	ACHARD. BEZANÇON. CARNOT. Marcel LABBE.
<i>Hygiène et clinique de la première enfance</i>	LEREBOULLET.
<i>Clinique des maladies des enfants</i>	NOBECOURT.
<i>Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale</i>	H. CLAUDE.
<i>Clinique des maladies cutanées et syphilitiques</i>	GOUGEROT.
<i>Clinique des maladies du système nerveux</i>	GUILLAIN.
<i>Clinique des maladies infectieuses</i>	LEMIERRE. CUNEO. GOSSET.
<i>Clinique chirurgicale</i>	GREGOIRE. LENORMANT.
<i>Clinique ophthalmologique</i>	TERRIEN.
<i>Clinique urologique</i>	MARION.
<i>Clinique d'accouchements</i>	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
<i>Clinique gynécologique</i>	J.-L. FAUBE.
<i>Clinique chirurgicale infantile et orthopédie</i>	OMBREDANNE.
<i>Clinique thérapeutique médicale</i>	RATHERY.
<i>Clinique oto-rhino-laryngologique</i>	LEMAITRE.
<i>Clinique thérapeutique chirurgicale</i>	Pierre DUVAL.
<i>Clinique propédeutique</i>	SERGENT.
<i>Clinique de la Tuberculose</i>	Léon BERNARD.
<i>Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte</i>	MATHIEU. HOVELACQUE.
<i>Professeurs sans chaire</i>	MULON. OLIVIER. VERNE.

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. *Neurologie et Psychiâtrie*
 BENARD (Henri) *Pathologie médicale.*
 BERNARD (Etienne). *Pathologie médicale.*
 BOULIN *Pathologie médicale.*
 BROCC *Pathologie chirurgicale.*
 BULLIARD *Histologie.*
 CATHALA *Pathologie médicale.*
 CHABROL *Pathologie médicale.*
 CHEVALLIER .. *Pathologie médicale.*
 DOGNON *Physique.*
 DONZELOT *Pathologie médicale.*
 FEY *Urologie.*
 GALLIARD *Parasitologie.*
 GASTINEL *Bactériologie.*
 GATELLIER *Pathologie chirurgicale.*
 DE GAUDART D'ALLAINES.. *Pathologie chirurgicale.*
 GAYET *Physiologie.*
 GIROUD *Histologie.*
 HAGUENAU ... *Pathologie médicale.*
 HALPHEN *Oto-rhino-laryngologie.*
 HAZARD *Pharmacologie.*
 HUGUENIN *Anatomie pathologique.*
 JOANNON *Hygiène.*
 LABBE (Henri).. *Chimie biologique.*
 LACOMME *Obstétrique.*
 LANTUEJOUL .. *Obstétrique.*

MM.

LAROCHE (Guy) *Pathologie médicale.*
 LEMAIRE *Pathologie expérimentale.*
 LEVEUF *Pathologie chirurgicale.*
 Mlle J. LEVY ... *Pharmacologie.*
 LEVY-VALENSI. *Neurologie et Psychiâtrie*
 MOREAU *Pathologie médicale.*
 MOULONGUET . *Pathologie chirurgicale.*
 MOUQUIN *Pathologie médicale.*
 OBERLING *Anatomie pathologique.*
 PETIT-DUTAILLIS.... *Pathologie chirurgicale.*
 PIEDELIEVRE .. *Médecine légale.*
 PORTES *Obstétrique.*
 QUENU *Pathologie chirurgicale.*
 RICHEL *Physiologie.*
 SANNIE *Chimie biologique.*
 SENEQUE *Pathologie chirurgicale.*
 SEZARY *Dermatologie et syphiligraphie.*
 TROISIER *Pathologie expérimentale.*
 TURPIN *Pathologie médicale.*
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) *Pathologie médicale.*
 VELTER *Ophthalmologie.*
 VIGNES *Obstétrique.*
 WILMOTH *Pathologie chirurgicale.*

III. - AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE *Pathologie chirurgicale.*
 BUSQUET *Pharmacologie.*
 CHAILLEY-BERT . *Physiologie.*

MM.

LEROUX *Anatomie pathologique.*
 NEVEU-LEMAIRE . *Parasitologie.*
 ZIMMERN *Physique.*

IV. - AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	MM.
ABRAMI	GUENIOT
AUBERTIN	LE LORIER <i>Clinique obstétricale.</i>
BRULE	LEVY-SOLAL ..
CHIRAY	METZGER
DUVOIR	
HARVIER	
LIAN	

MM.
BASSET
CADENAT
HEITZ-BOYER .. <i>Clinique chirurgicale.</i>
MOCQUOT
MOURE
SCHWARTZ

V. - CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	<i>Education physique.</i>
FREY	<i>Stomatologie.</i>
LEDOUX-LEBARD	<i>Radiologie clinique.</i>
WEIL-HALLE	<i>Puériculture.</i>

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Faible témoignage de ma vive affection
et de ma profonde reconnaissance*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES GRANDS-PARENTS

A MES FRERES

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Médecin des Hôpitaux,

Professeur à la Faculté

de Médecine de Paris

A M. le Docteur R. MOREAU
Médecin des Hôpitaux
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Paris

Avant de commencer cette étude, nous prions M. le Professeur LEMIERRE d'agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous devons le sujet de ce travail à M. le Docteur MOREAU. Il a mis à notre disposition deux observations de son service de Bicêtre. Nous lui sommes profondément reconnaissant de son précieux et bienveillant concours, qui a rendu notre tâche plus facile, et nous le remercions pour toutes les marques de sollicitude qu'il nous a toujours prodiguées, il a été pour nous un maître éclairé et dévoué.

I. — INTERET

L'intérêt que présente l'étude des kystes hydatiques pulmonaires est d'ordre très divers :

Au point de vue étiologique, c'est une maladie qui a été assez fréquemment signalée en France. Deux régions de la France paraissent fournir le plus grand nombre de cas :

- la Normandie,
- et les Landes.

De plus, c'est une maladie cosmopolite, et des cas ont été signalés sous toutes les latitudes. Particulièrement fréquents dans certains pays froids, en Islande notamment, où l'on utilise beaucoup les chiens, on les rencontre aussi dans les pays tropicaux : le Docteur Fronville, d'Elisabethville, a pu en faire une étude détaillée au Congo belge. Enfin de nombreuses observations se rapportent à l'Afrique du Nord, au Maroc notamment, où cette fréquence a été signalée par le Docteur Deskester, de Fès. Mais c'est l'Australie, l'Islande et l'Amérique du Sud qui en sont les territoires d'élection.

Au point de vue clinique, son diagnostic est souvent difficile, car c'est une affection polymorphe. Les examens paracliniques, et en particulier la radio, rendent de grands services pour dépister les kystes hydatiques du poumon. Il est important de porter ce diagnostic dans le but de prévenir des complications redoutables, la rupture du kyste, son action toxique parasitaire, les compressions, l'infection qui peuvent se produire sont tous des accidents à redouter.

L'étude de la pathogénie de l'échinococcose pulmonaire pourra présenter un intérêt prophylactique.

Enfin et surtout, ce qui paraît le plus intéressant à l'heure actuelle dans l'étude des kystes hydatiques du poumon, ce sont les problèmes posés par leur traitement. Il faut avant tout établir les indications opératoires des différentes variétés cliniques de la parasitose. Faut-il ou non intervenir? Les opinions sont encore bien partagées aujourd'hui.

L'attention a été attirée à maintes reprises au cours de ces dernières années sur le kyste hydatique du poumon par les études cliniques du Professeur Sergent et par celles du Docteur Devé (de Rouen), études auxquelles nous avons fait de nombreux emprunts. Des observations en ont été rapportées à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris récemment, par les Docteurs Degennes et Braine, d'Oelnitz et Carcopino.

Deux observations de kyste hydatique du hile du poumon nous ont été communiquées par notre maître le Docteur R. MOREAU, et ce sont les réflexions qu'elles nous ont suggérées qui font l'objet de notre thèse.

OBSERVATION I

(Service du Docteur Moreau)

M^{lle} H..., âgée de 28 ans, vient à la consultation de Bicêtre à l'occasion d'une hémoptysie récente.

Le début de la maladie actuelle remonte en réalité à 1927. La malade qui, à cette époque, habitait la Turquie, avait déjà eu une hémoptysie de sang rouge dont elle évalué l'abondance à un grand verre. La malade se plaignait depuis quelque temps de fatigue, d'asthénie et d'un léger

amaigrissement, quand se produisit l'hémoptysie, qui avait été précédée, pendant quelques semaines, d'une toux sèche et quinteuse, très fréquente. Malgré ces symptômes, la malade qui n'avait pas de fièvre, n'avait pas interrompu ses occupations: ce n'est qu'à l'occasion de l'hémoptysie qu'elle s'alita et pour quelques jours seulement.

Par la suite, M^{lle} H... reprit sa vie habituelle; mais elle conserve une toux légère qui, à plusieurs reprises, s'accompagne d'expectoration sanglante. Elle n'éprouve ni dyspnée, ni point de côté, n'a pas de température, cesse de maigrir et conserve une activité normale.

En 1928, elle fait une poussée d'urticaire généralisée qui dure quelques jours. A partir de cette époque jusqu'en 1930, les hémoptysies cessent.

En 1930, M^{lle} H... vient en France. Elle se plaint à nouveau de toux sèche et quinteuse; l'expectoration hémoptoïque reparaît, irrégulière et fréquente; la malade maigrit, constate une fébricule intermittente, elle s'inquiète et va consulter en 1932 dans un dispensaire. Un examen radioscopique est pratiqué qui fait conclure à la tuberculose pulmonaire, malgré l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

La malade consulte alors le Docteur de Mayo qui la met en observation: l'absence de bacilles dans les crachats, le bon état général de la malade qui, depuis cinq ans, n'a maigri que d'un kilo, l'absence de fièvre pendant tout un mois, l'absence de modifications respiratoires à l'auscultation lui font mettre en doute le diagnostic de tuberculose. Une radiographie est alors pratiquée et elle montre, au niveau du hile du poumon gauche, une ombre régulièrement arrondie, de contour net, d'un diamètre de 6 à 7 centimètres, ombre entourée de toute part d'un parenchyme sain. Cet ensemble de symptômes lui fait suspecter l'existence d'un kyste hydatique du poumon et il adresse la malade à l'Hospice de Bicêtre où elle est examinée pour la première fois le 30 mai 1932, dans le service du Docteur Moreau.

La malade présente une bonne apparence, et son état général est satisfaisant; son poids est stable, sa température normale oscille entre 36°8 et 37°3 et ne s'élève à 37°6 et 37°8 que pendant les trois ou quatre jours qui précèdent les règles. Son cœur est normal, son pouls régulier à 80, la tension normale à 13-8.

L'examen du thorax ne révèle aucune anomalie morphologique. La sonorité, les vibrations, la respiration sont normales, aucune modification du murmure vésiculaire, de la voix et de la toux n'est relevée. Même à l'occasion d'hémoptysies légères que présente la malade, aucun signe stéthoscopique n'est décelé.

Les seuls troubles dont se plaint la malade consistent en toux quinteuse, en une expectoration hémoptoïque, fréquente surtout à l'approche des règles, et en la constatation radiographique d'une opacité homogène arrondie à contour tracé au compas au niveau du hile. Cet ensemble de symptômes, rapproché de la lente évolution de la maladie qui a débuté il y a cinq ans, de l'absence de bacilles de Koch, de l'existence d'une poussée d'urticaire, fait poser le diagnostic de kyste hydatique du poumon. On peut ajouter que la malade a passé toute sa jeunesse en Turquie et qu'elle a pendant longtemps eu un chien.

L'examen du sang est pratiqué, la réaction de Weinberg est négative. La formule sanguine ne montre pas d'éosinophilie (2 %).

Du mois de juin 1932 au mois de janvier 1933, la malade est vue à plusieurs reprises, ni les signes physiques ni les signes généraux ne se modifient, et la radio donne toujours la même image.

Cependant, la malade se plaint à plusieurs reprises d'un point de côté gauche qui apparaît à l'occasion d'efforts de toux et même d'inspirations un peu profondes. En janvier 1933, au cours d'un voyage en Egypte, M^{lle} H... ressent brusquement un point de côté violent, à gauche, dans la région mamelonnaire. Elle est prise d'une forte quinte de

toux et rejette une gorgée d'eau, une membrane épaisse et blanchâtre. Les jours suivants, le point de côté a disparu, mais elle continue à tousser et à rejeter de façon intermittente des fragments de membranes.

Ces mêmes troubles se reproduisent à plusieurs reprises pendant trois mois et n'entraînent aucune modification sensible de l'état général. Les hémoptysies ont disparu. Le 29 avril, la malade, de retour à Paris, est vue à nouveau: elle vient d'avoir encore une vomique hydatique typique: les fragments de membrane qu'elle rejette ont bien l'aspect homogène et la constitution arbriste de la membrane hydatique. La toux est fréquente, pénible, et réveille le point de côté mamelonnaire. La malade a légèrement maigri, elle est fatiguée, se plaint parfois de frissons très discrets et sa température oscille irrégulièrement entre 37°2 et 38°2. Elle n'a, depuis le mois de janvier, date de la rupture du kyste, présenté ni prurit ni urticaire. L'examen du sang ne décèle pas d'éosinophilie.

Une réaction de Casoni est alors pratiquée; elle détermine l'apparition au point d'inoculation d'une papule géante et déclanche une poussée d'urticaire généralisée, avec malaise général et hypotension à 10 1/2-7 passagère. Une nouvelle radiographie est pratiquée qui montre une différence notable avec la radiographie faite en juin et octobre 1932: il existe à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche une ombre diffuse, suspendue, sans contour net, ombre évoquant l'idée d'une réaction pleurale, et non d'une condensation parenchymateuse. A la partie interne, au contact de l'ombre aortique, on retrouve l'image du kyste, nettement limitée encore à sa partie inférieure; mais elle se prolonge en dehors avec l'ombre floue de la réaction pleurale et se continue en haut vers le sommet, par une image irrégulière et marbrée.

L'examen du thorax ne fait pas déceler de matité appréciable. Mais on trouve à l'auscultation une respiration soufflante dans la fosse sous-épineuse et dans la région axillaire.

Il n'existe ni modification de la voix ni retentissement de la toux ni râles.

Du 29 avril au 15 mai, les symptômes généraux s'atténuent, la température ne dépasse plus $37^{\circ}6$, mais ne descend pas au-dessous de $37^{\circ}2$. La toux diminue, le point de côté disparaît à partir du 10 mai, l'expectoration membraneuse a cessé.

La respiration soufflante, perçue à la partie moyenne du poumon gauche, est sans changement.

Une nouvelle radiographie faite le 13 mai montre une diminution importante de l'opacité suspendue constatée le 29 avril. L'opacité diffuse a disparu. Le contour du kyste n'apparaît plus que comme un segment, un quart de cercle, ses limites supérieure, externe et inférieure se sont estompées. Il persiste une ombre irrégulière, au sein de laquelle se distingue une bulle hydro-aérique grande comme une pièce de 50 centimes.

En résumé, il s'agit d'une malade atteinte indiscutablement d'un kyste hydatique développé au niveau du hile gauche. La symptomatologie s'est montrée classique: sans atteinte de l'état général, sans fièvre, une malade présente pendant plusieurs années de la toux, une expectoration purement hémoptoïque, non bacillifère; la radio révèle une ombre typique arrondie, tracée au compas en plein parenchyme sain.

Certaines particularités méritent d'être relevées :

Les stigmates sanguins font défaut: réaction de Weinberg négative — absence d'éosinophilie sanguine — et cependant il ne saurait être question ici de toxicité enclose puisque, dès 1929, alors que les hémoptysies s'étaient déjà produites, la malade a présenté une poussée d'urticaire généralisée.

Ce kyste, pendant des mois, n'a pas suscité de réactions pleuro-pulmonaires autres que l'hémoptysie. Cependant sa rupture a été accompagnée et suivie, pendant plusieurs semaines, par des réactions locales caractérisées par un point de côté, une respiration soufflante, une ombre thoracique suspendue — un voile à la partie moyenne du poumon. Etant donné sa situation au niveau du hile, on ne pouvait envisager une intervention chirurgicale; la vomique hydatique qui s'est produite semble avoir eu un effet salutaire. Elle a été suivie de la régression des troubles fonctionnels, d'une atténuation des ombres radiologiques. Mais celles-ci n'ayant pas totalement disparu, on ne peut affirmer la guérison complète et il faut encore réserver le pronostic et envisager la possibilité d'une récurrence *in situ* et d'une échinococcose secondaire.

La vomique hydatique semble avoir été suivie d'une évolution salutaire et elle n'a pas déclenché d'accidents d'intoxication: ni urticaire, ni prurit, ni malaise général. Elle n'a pas été suivie de l'apparition d'éosinophilie sanguine; notons seulement l'intensité exceptionnelle de l'intradermoréaction.

Elle n'a pas davantage été suivie de signes de suppuration pulmonaire: à aucun moment, l'expectoration n'a été purulente, à aucun moment on n'a constaté de leucocytose ni de polynucléose sanguine. Et même, après la rupture du kyste, la réaction pleuropulmonaire qui s'était produite a très rapidement régressé.

Avant l'ouverture du kyste et le rejet de membranes, le diagnostic, nous l'avons vu, ne pouvait guère être hésitant. La netteté du contour de l'ombre hilare ne

permettait pas de retenir d'autre diagnostic: on aurait pu, à l'extrême rigueur, penser à une gomme syphilitique, mais l'absence de tout antécédent, de tout stigmate, la réaction de Wassermann négative permettait de rejeter ce diagnostic. Il ne pouvait être davantage question d'infarctus du poumon. L'image kystique ne pouvait être prise pour une image ganglionnaire de maladie de Hodgkin. Un sarcome du poumon donne quelquefois des images arrondies aussi nettes, mais l'évolution ne se prolonge jamais aussi longtemps. Du reste, la vomique hydatique est venue confirmer le diagnostic et — peut-être — mettre un terme à l'évolution de la maladie, sous réserve de récurrence ultérieure.

A côté du cas où le kyste hydatique du poumon se révèle par des troubles fonctionnels, il en est d'autres où son évolution est complètement latente et constitue une découverte radiologique comme le sujet de notre deuxième observation:

OBSERVATION II

(Service du Docteur Moreau)

M. M... Jean-Baptiste, âgé de 42 ans, entre à l'Hospice de Bicêtre le 23 mars 1934, dans le service du Docteur Toupet, pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Dans sa chute, il s'est fait une légère contusion du thorax et a présenté deux crachats hémoptoïques. Pour vérifier l'intégrité de la cage thoracique, on fait faire une radiographie qui montre au Docteur Dariaux l'absence de toute fracture, et l'existence d'une ombre kystique au niveau du hile gauche: ombre typique, homogène, à contour linéaire, tracé au compas, en plein parenchyme sain, contiguë à l'ombre aortique dont elle est du reste indépendante.

En certains points, on distingue même un double contour, comme si la paroi kystique était calcifiée.

M. M... ne présente aucun trouble respiratoire, aucun passé pulmonaire; l'examen clinique est rigoureusement négatif. Enfin, il n'existe pas d'éosinophilie sanguine, la réaction de Weinberg et la réaction de Casoni sont négatives.

Il ne peut pas s'agir dans ce cas, semble-t-il, d'une autre affection qu'un kyste hydatique — complètement latent et fortuitement dépisté par la radiographie.

III. — ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les kystes hydatiques du poumon sont en général primitifs. Dans ce cas, habituellement, la contamination a une origine digestive. L'œuf du *tœnia* est absorbé en même temps que les aliments. L'embryon hexacanthe est mis en liberté par le suc gastrique ou intestinal. Il traverse le tube digestif, passe dans la veine porte, arrive au foie. Puis, par les veines sus-hépatiques, la veine cave, le cœur droit, l'artère pulmonaire, il atteint le poumon. La contamination par voie aérienne, signalée par Pieri, ne paraît pas absolument prouvée. En tout cas, elle semble tout à fait exceptionnelle.

Beaucoup plus rarement, le kyste hydatique n'est pas primitif, mais est secondaire à une autre localisation du parasite. Un kyste du foie qui se rompt à travers le poumon peut ensemençer celui-ci. Il en sera de même pour une échinococcose primitive de la plèvre.

D'autres fois, l'origine est embolique, et Dévé a démontré expérimentalement cette pathogénie en inoculant du sable hydatique dans une veine de l'oreille d'un lapin.

L'échinococcose pulmonaire survient surtout chez les sujets jeunes. C'est une localisation fréquente; d'après le Professeur Joyeux, environ 10 % des kystes hydatiques siègent aux poumons.

IV. — ETUDE CLINIQUE

Première Phase ou Phase de Germination

C'est une période de latence à peu près complète, qui peut durer un an et demi à deux ans, et parfois plus longtemps. Le malade, habituellement, ne vient pas consulter pour les quelques symptômes d'intoxication hydatique que l'on pourrait trouver: poussées d'urticaire, effusions sanguines, malaises, troubles digestifs variables mais peu marqués. Ces signes sont très inconstants. On devra les rechercher à l'interrogatoire lorsqu'on voit le malade à la deuxième phase. Ils auront alors un intérêt rétrospectif.

Deuxième Phase ou Phase d'Accroissement

Les symptômes fonctionnels sont variables et n'ont rien de pathognomoniques.

La douleur est inconstante. Elle peut être de différents types: point de côté fixe, ou douleur plus diffuse, irradiant à l'épaule par exemple.

Elle est d'autant plus marquée, en général, que la tumeur est plus superficielle, et alors aussi elle prend souvent le type de névralgie intercostale. D'autres fois, elle se réduit à une sensation de constriction laryngée ou de corps étranger intrathoracique.

La toux est fréquente. C'est une toux quinteuse, qui a tendance à devenir coqueluchoïde, spasmodique, à mesure que le champ de l'hématose pulmonaire se rétrécit devant l'envahissement du parasite.

Le malade est souvent un peu dyspnéique. Il peut présenter des accès de dyspnée paroxystique qui vont aller en s'accroissant et en se rapprochant.

Les crachats n'ont d'abord rien de spécial, mais bientôt ils vont présenter des stries sanglantes. Du reste, des hémoptysies précoces sont fréquentes. Lorsqu'elles sont répétées et considérables, on peut penser qu'elles annoncent la rupture prochaine du kyste. « D'autres fois, on observe une expectoration de sang rouge peu abondante, mais répétée et rebelle à tout traitement. » (Bezançon et Dejong.)

Il nous faut maintenant insister sur ce fait que l'état général n'est pas, ou n'est que peu touché; pas d'amaigrissement, pas de fièvre; cette absence de signes généraux a une grosse importance: devant les signes fonctionnels observés, on est naturellement porté à penser avant tout à la tuberculose pulmonaire, ou même au cancer du poumon, mais comme l'état général est bien conservé, il faut alors envisager d'autres hypothèses.

Quant aux signes physiques, ils sont variables, inconstants, et souvent peu nets. Ils dépendent du siège, superficiel ou profond, et du volume du parasite.

On pourra noter à l'inspection:

- une immobilité respiratoire d'un hémithorax;
- une augmentation ou une diminution de la largeur d'un ou de plusieurs espaces intercostaux;

— une déviation du sternum.

A la palpation, on pourra trouver une abolition des vibrations. On ne trouve pas pour le kyste hydatique du poumon le frémiss^{ent}ement hydatique.

En plus, la palpation pourra montrer une déviation du cœur, une diminution d'étendue, ou une disparition de la sonorité gastrique de la zone de Traube, ou encore un abaissement du foie.

La percussion fournit des renseignements très importants; mais ces renseignements sont tardifs: ils supposent un kyste d'un volume marqué et de situation assez superficielle, alors on trouve une zone de matité ligneuse, régulièrement arrondie. Elle se termine brusquement et il n'y a pas de transition, tout au moins classiquement, entre elle et la sonorité normale du champ pulmonaire. En réalité, il y a souvent une congestion pulmonaire péristkystique qui rend une telle transition moins marquée.

L'auscultation ne montre souvent rien. Classiquement on observerait, en général, une zone de silence respiratoire, correspondant à la zone de matité. En réalité, on trouve beaucoup plus fréquemment un souffle hilaire de compression bronchique, ou une bouffée de crépitaⁿts dus à la réaction péristkystique.

Du reste, les variétés cliniques sont nombreuses. Mais nous insisterons surtout sur les formes muettes, les formes latentes, qui sont d'une grande fréquence. Ce peut être un kyste petit et central, ne donnant aucun signe à l'examen clinique. Néanmoins, même si le kyste est assez volumineux et est situé près de la plèvre, on observe peu de signes physiques et bien souvent la

sonorité est conservée et le murmure vésiculaire n'est pas modifié.

Parfois, on se trouve en présence d'un kyste volumineux. Il peut déformer le thorax, modifier la topographie des espaces intercostaux. Mais surtout, bien souvent, il simule alors une affection pleurale.

Dans d'autres cas, les kystes superficiels contractent des adhérences, ce qui explique la disparition de la mobilité costale.

D'autres formes sont plus particulières: c'est ainsi que Thoinot a constaté de l'hippocratisme, une ostéopathie hypertrophiante pneumique accompagnant la parasitose pulmonaire. Enfin, Cassoute et Poinso ont signalé deux observations d'échinococcose pulmonaire chez des sujets de moins de quinze ans. Les formes de l'enfant sont assez fréquentes. Cliniquement, elles simulent une pleurésie.

V. — L'EVOLUTION DE L'ECHINOCOCCOSE

ABANDONNEE A ELLE-MEME

LA RUPTURE

L'évolution du kyste fermé se fait souvent vers la rupture: cette rupture peut se produire dans les bronches, c'est une éventualité des plus fréquentes et c'est surtout le fait des kystes centraux. Elle peut aussi se produire dans la cavité pleurale, ce qui est surtout observé pour les kystes corticaux. Parfois, elle se fait à la fois dans les bronches et dans la cavité pleurale. En-

fin, exceptionnellement, on a pu l'observer dans les organes de voisinage, thoraciques ou abdominaux : œsophage, intestin, péritoine, on a signalé aussi la rupture dans l'artère pulmonaire.

Rupture de l'hydatide dans les bronches

Elle donne lieu à une grande vomique.

Assez fréquemment, c'est l'accident révélateur d'un kyste resté jusque-là latent.

Le plus souvent, cette vomique survient brusquement, elle succède immédiatement à :

— une quinte de toux ;

— une ponction exploratrice (ce qui contre-indique un tel procédé d'exploration) ;

— un effort.

Le malade ressent une vive angoisse s'accompagnant de chatouillement de l'arrière-gorge. Souvent aussi, on observe une toux violente et surtout quelques phénomènes asphyxiques, une dyspnée rapide.

Puis le malade rejette un liquide abondant, clair, classiquement eau de roche, de saveur amère et parfois salée.

L'angoisse se calme, la dyspnée et la toux s'atténuent. Le liquide expectoré remplit plusieurs crachoirs. Il est parfois teinté de sang. Il contient des débris de membranes comparables à du blanc d'œuf cuit. On y trouve aussi des vésicules filles ressemblant classiquement à des raisins sucés, et des crochets d'échinocoques. Tous

ces caractères ont une importance très grande pour faire le diagnostic de l'échinococcose; dans de nombreux cas, ce diagnostic n'a pu être posé que sur les caractères de la vomique.

Un autre caractère est beaucoup moins important: c'est l'odeur classique de marmelade de pommes; Pieri lui dénie toute valeur.

Le pronostic de cette vomique fut longtemps considéré comme devant être très réservé: beaucoup la considéraient comme un accident alarmant, accident qui va déclencher des hémorragies, une échinococcose secondaire disséminée à travers le parenchyme pulmonaire, et enfin l'infection. Toutes ces éventualités sont en effet possible et nous allons les étudier.

Mais Dévé, comme nous le verrons aussi, s'est élevé contre cette conception et parle du rôle curatif de la vomique dans de nombreux cas.

*Les complications que peuvent entraîner les ruptures
du kyste dans les bronches*

L'hémoptysie peut être abondante et entraîner un état d'anémie marquée; mais c'est rare.

L'intoxication hydatique peut entraîner des troubles divers: état syncopal, vomissements poiracés, urticaire, œdème de la face.

Mais c'est surtout l'infection qu'il faut redouter et qui succédera, peu de temps après, à l'ouverture dans les bronches. Cette infection survient avec d'autant plus de fréquence que la vomique initiale est moins

abondante. Nous avons dit qu'en général celle-ci était très abondante; parfois, cependant, il s'agit d'une vomique fractionnée: celle-ci devient alors rapidement purulente. Quoi qu'il en soit, les signes qui dénoteront l'établissement de l'infection seront avant tout basés sur les changements de caractère de l'expectoration qui devient trouble, épaisse, verdâtre et fétide, en contenant toujours des débris vésiculaires. Les germes en cause sont des germes banaux, pneumocoques, streptocoques.

Le malade devient fébricitant. Cette fièvre est à type hectique, s'accompagnant de sueurs abondantes. Bientôt il s'amaigrit, prend un aspect pseudotuberculeux: c'est la phtisie hydatique de Dieulafoy.

Les symptômes fournis par l'examen physique se modifient et deviennent des signes de caverne, souffle amphorique, gargouillement, et même, d'après Bezançon et de Jong, on entend un bruit de soupape à la fin de l'inspiration, tenant à la disposition de la fistule.

Enfin, on a signalé, surtout en Argentine, que la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration n'est pas exceptionnelle. Il y aurait alors coexistence de l'infection tuberculeuse et de l'infection hydatique, ou réveil de la tuberculose à la suite du kyste.

Cette fréquence toute particulière de la rupture et de l'infection du kyste paraît due à des causes spéciales. D'abord l'adventice est ici très mince, beaucoup plus mince que pour les kystes hydatiques du poumon. Cette membrane mince est aussi très fragile; lorsqu'elle se rompt, elle entraîne la mort du parasite, ce qui favorise l'infection de la poche. Du reste, bien souvent le

kyste vivant et non rompu était déjà entouré d'une zone de péricystite inflammatoire.

La rupture peut en outre être la cause d'une échinococcose bronchique secondaire, qui se développera sur le trajet suivi par le liquide hydatique expulsé.

Rupture de l'hydatide dans la plèvre

Il y a perforation de la plèvre et mise en communication de celle-ci avec les alvéoles pulmonaires, d'où le pneumothorax observé. Mais il est rare que le pneumothorax soit pur. Dans la grande majorité des cas, il y a du liquide en plus du gaz épanché dans la cavité pleurale. Ce liquide est de nature variable: il peut être hydatique, ou séreux, ou hémorragique, ou purulent.

L'origine du pneumothorax hydatique est:

- soit spontanée;
- soit post-opératoire.

Nous ne nous occuperons, dans ce chapitre, que du pneumothorax d'origine spontanée; nous envisagerons le deuxième cas lorsque nous étudierons le traitement.

Le pneumothorax hydatique spontané fut pendant longtemps, d'après Dévé, confondu avec le pneumokyste du poumon, où il n'y a pas d'ouverture dans la plèvre. Nous allons esquisser rapidement l'historique de l'étude de ce pneumothorax. Laennec n'a pas mentionné les hydatides du poumon au nombre des causes susceptibles de provoquer le pneumothorax. Ce n'est que deux ans après sa mort que, en 1828, Fouquier

pulie le premier cas: l'observation d'un malade hospitalisé à la Charité. Puis Mercier, en 1838, signale un hydropneumothorax révélateur de l'affection parasitaire chez un sujet. Depuis, les observations de pneumothorax hydatique se sont multipliées. Mais Dédé dit qu'en réalité, pour de nombreux cas, il s'agissait de pneumokystes du poumon, beaucoup plus fréquents que le pneumothorax. L'erreur est facilement faite, car dans les deux, on observe cliniquement le même syndrome amphorométallique. Au point de vue étiologique, le pneumothorax hydatique s'observe surtout chez les jeunes, entre 15 et 30 ans. Il se produit souvent après un effort, un traumatisme.

Ce sont les kystes univésiculaires qui réalisent les conditions les plus favorables à sa production. Cela est dû à la minceur particulière de leur adventice et à l'incompressibilité de la vésicule hydatique unique, sous tension. Elle transmet à son enveloppe fibreuse les pressions qu'elle reçoit au cours des efforts, des quintes de toux.

Par contre, les kystes multivésiculaires ayant une adventice plus épaisse, et pouvant mieux supporter une pression, ont moins tendance à se rompre.

Quant aux kystes suppurés anciens, ils sont très rarement à l'origine d'un pneumothorax, car chez eux il existe des adhérences pleurales.

Symptomatologie du pneumothorax hydatique

Le sujet chez qui va se produire un pneumothorax hydatique peut présenter quelques symptômes prémonitoires, symptômes qui, du reste, ne sont jamais at-

tribués à leur cause réelle: toux, dyspnée, douleur, et parfois hémoptysie. D'autres fois, ces signes manquent totalement, malgré l'opinion de Behrenroth, qui décrit ces symptômes prémonitoires comme toujours très nets.

Quant au début, il est dans la règle, brusque, solennel et dramatique, comme pour tout pneumothorax généralisé. Le point de côté est très violent, très douloureux. C'est une sensation de déchirure interne. La toux est quinteuse, très pénible. En plus, le malade suffoque. Il est anxieux, dyspnéique, cyanosé. A ceci s'ajoute un état syncopal marqué, qui paraît propre au pneumothorax hydatique, et qui serait dû à la toxicité parasitaire. Si on trouve, ce qui est fréquent, lorsqu'on examine le malade à ce moment, une poussée d'urticaire, il faut envisager l'hypothèse d'une échinococcose.

A la période d'état, le point de côté s'atténue, de même que la dyspnée, l'anxiété, la cyanose et l'état syncopal.

Les signes fournis par l'examen physique sont ceux d'un hydropneumothorax.

Ce qu'il faut craindre, à cette période, c'est une complication importante et grave, c'est-à-dire l'infection. Celle-ci pose un pronostic réservé, elle peut produire un pyopneumothorax, parfois putride. De plus, lorsque la plèvre est infectée, et que la maladie se prolonge, il y a formation de nombreuses fausses membranes, qui peuvent obstruer à elles seules complètement l'orifice de rupture pulmonaire.

Les variétés cliniques du pneumothorax hydatique sont nombreuses.

Les formes aiguës sont les plus intéressantes. Elles sont ordinairement conditionnées par un pneumothorax à soupape, suffoquant le malade. Il faut faire une thoracotomie d'urgence, seule capable de le sauver. Mais là surtout l'infection est fréquente et redoutable.

Assez souvent, on observe des formes avec vomique secondaire. Celle-ci peut être une vomique du type hydatique: liquide eau de roche contenant des fragments de membranes, des vésicules, des crochets d'échinocoques, ou bien du type purulent. Dans cet ordre d'idées, on a signalé que la vomique pouvait survenir très tardivement, cinq à six ans après le pneumothorax. Il est alors permis de se demander avec Dévé s'il ne s'agissait pas alors de l'élimination bronchique d'un autre kyste.

Les formes aseptiques sont le plus souvent temporaires. Une forme d'abord aseptique va bientôt devenir infectée.

Quant aux formes sèches, sans réaction pleurale liquidienne, elles peuvent être considérées comme très rares. Les anciens auteurs en ont signalé quelques-unes: telle l'observation de Renan qui remonte avant l'ère radiologique; aussi on peut penser que ces pneumothorax n'étaient purs qu'en apparence et que si la clinique à elle seule était insuffisante pour déceler la présence de liquide, celui-ci n'en existait pas moins.

Nous devons terminer ce chapitre en esquissant rapidement le pronostic du pneumothorax hydatique. Ce pronostic doit toujours être très réservé, la mort pouvant survenir, malgré le traitement, par pneumothorax

suffocant ou intoxication hydatique, ou inondation bronchique.

La guérison spontanée est tout à fait exceptionnelle, mais le traitement chirurgical donne d'assez bons résultats.

Enfin, pour terminer l'étude des complications du kyste hydatique du poumon, nous devons insister particulièrement sur l'échinococcose secondaire, qui peut se développer partout, mais qui évidemment se développera de préférence dans les régions en contact avec le liquide hydatique. C'est une complication souvent grave, car, dit Dévé, « la lésion essentiellement enkystée, circonscrite, locale, bénigne qu'est le kyste hydatique non compliqué, devient, après rupture interne, le point de départ d'une dissémination, d'une sorte de généralisation par greffes innombrables, qui donnera lieu à une affection en quelque sorte maligne ».

VI. — TESTS BIOLOGIQUES

Quatre tests biologiques ont été particulièrement étudiés :

- L'éosinophilie sanguine ;
- Le précipito-diagnostic de Fleig et Lisbonne ;
- La réaction de Weinberg et Parou ;
- Enfin, l'intra-dermo-réaction de Casoni.

L'éosinophilie sanguine fut étudiée dès 1899 par Sabrazès. Depuis, de très nombreux travaux ont précisé sa valeur dans les maladies parasitaires. Le taux des

polynucléaires éosinophiles qui est normalement de 0,5 %, passe, en cas de parasitose hydatique, à 5 % et au-dessus, atteignant parfois 40 %.

Mais c'est là une réaction non spécifique, d'autres affections, telles l'asthme, donnent de l'éosinophilie.

De plus, c'est une réaction très inconstante. Garcia a dressé une statistique portant sur 114 cas indiscutables de kystes hydatiques: la réaction n'était positive que dans une proportion de 67 %. Cependant, malgré son inconstance et sa non-spécificité, c'est une réaction de valeur: si elle est négative, elle ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'échinococcose, mais sa positivité est un bon appoint en faveur de ce diagnostic.

La réaction de séro-précipitation, étudiée en 1907 par Fleig et Lisbonne, est basée sur la présence de précipitines dans le sérum du sujet parasité. Mises en présence de liquide hydatique, ces précipitines produisent un dépôt. C'est une réaction d'une technique simple, mais elle est inconstante et donne lieu à des erreurs. Aussi elle est très peu employée.

En 1908, Weinberg et Parou en France, Imaz Apathie et Lorenzt en Argentine, réussirent à appliquer la technique de la réaction de Bordet-Wassermann au diagnostic de l'échinococcose. La valeur de cette réaction est très diversement appréciée: pour les uns, elle a une valeur certaine, pour d'autres elle est rarement positive en cas de kyste hydatique.

Enfin, elle peut être positive en dehors de l'hydatidose. Langumier dans sa thèse (Paris, 1927) rappelle les observations de Tuffier (kyste non parasitaire du foie), de Houssay (cancer du poumon), de Chauffard

(deux cas de sarcome), de Duvé (hydronéphrose volumineuse, gangrène pulmonaire), de Sergent enfin (neurofibrome, tuberculose lobaire) où faussement la réaction orientait vers un diagnostic de kyste hydatique. M^{lle} Afanassof, dans sa thèse (Grenoble, 1932), rapporte une observation identique: il s'agissait là d'un abcès du foie.

Si toutes ces réactions paraissent avoir beaucoup perdu actuellement de leur prestige, par contre la cuti-réaction de Casoni est pour le moment très en faveur. On fait une injection intradermique de liquide hydatique et l'on peut observer, à l'endroit où l'on a pratiqué l'injection et dès la première heure qui la suit, une petite papule urticarienne entourée d'une rougeur érythémateuse.

Plus tardivement, il peut se développer une tuméfaction énorme, pseudophlegmoneuse, qui peut persister trois à quatre jours.

En conclusion de ce chapitre, nous devons insister sur l'inconstance des réactions biologiques que nous venons d'étudier. Lorsque ces réactions sont négatives avant l'intervention chirurgicale, elles deviennent souvent positives après celle-ci. Le kyste, complètement isolé dans sa paroi, n'entraîne avant l'opération aucune modification humorale chez le malade; c'est la toxicité enclose sur laquelle Chauffard a insisté.



VII. — LES DONNEES FOURNIES PAR L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

L'examen radiologique a un intérêt très grand pour le diagnostic des kystes hydatiques du poumon. Parfois le kyste est resté complètement latent, et c'est une découverte de radio. En plus, et comme nous le verrons plus loin, il est capital pour le traitement de bien préciser le siège du parasite: superficiel ou profond par rapport au parenchyme pulmonaire. C'est la radio qui est le guide le meilleur pour trouver le kyste lorsqu'on fait une pneumotomie. C'est la radio aussi qui permet d'établir les indications thérapeutiques. C'est aussi la radio qui permet de rechercher, par un examen complet, une autre localisation du parasite, examen complet qu'il faut toujours pratiquer. Il faut non seulement examiner le champ pulmonaire opposé, mais aussi toutes les régions, susceptibles d'être le siège d'échinococcose.

Classiquement, l'image d'un kyste du poumon est bien spéciale et ne prête guère à erreur. C'est une ombre régulièrement arrondie d'une opacité nette, plus opaque que les côtes. Elle est de teinte uniforme, qui tranche sur le parenchyme pulmonaire. Elle n'est pas animée de mouvement, de battement, d'expansion. On pourrait suivre son accroissement progressif et régulier par des radios successives.

Mais c'est une image rare, plutôt propre au sarcome du poumon, dont, comme nous le reverrons, c'est là le gros diagnostic.

En réalité, c'est une image qui paraît être donnée par un kyste devant remplir des conditions bien spéciales: il doit être vivant et fermé: l'image d'un kyste vidé par vomique est en effet différente, et nous en reparlerons. Il s'agirait aussi, si on observe cette image classique, d'un kyste situé en plein parenchyme, à son tiers moyen et sans péricystite: ces dernières conditions sont en effet nécessaires pour que les contours soient nets.

Mais, bien souvent, ce que l'on observe est plus difficile à interpréter: il ne faut pas alors se contenter de radioscopie, il faut faire des radiographies.

Les contours sont estompés et flous: il s'agit de processus réactionnels, d'infection péricystique. Une réaction pleurale est fréquemment observée dans les kystes du siège cortical: épanchement, adhérences.

Pour les kystes de la base, seul le bord supérieur est net et se montre régulièrement arrondi, le bord inférieur se confond en bas avec le diaphragme, le foie, le cœur (Observation du Docteur Degennes). Pour les kystes du sommet, seul le bord inférieur est très net. L'extrémité supérieure du parasite est moins nette. Cela semble dû à l'atélectasie normale de cette région du parenchyme, atélectasie qui estompe les contours de l'image radiologique. Les kystes profonds voient leur paroi interne estompée et déformée par les ombres du médiastin, par des ganglions hilaires.

Un kyste juxta-artériel peut paraître une tumeur battante. On doit chercher, en faisant varier les positions, à isoler le kyste de la masse médiastinale à laquelle il semble appartenir.

De plus, si le kyste s'est vidé par vomique, l'image radiologique est bien différente.

Une vomique qui s'est produite dans une grosse bronche donne une image pseudo-cavitaire: on voit une poche hydroaérique, et une branche de drainage. Cette poche a des contours plus ou moins flous, suivant le degré de péricystite.

En cas de pneumothorax, le poumon apparaît rétracté autour du hile, et le kyste est difficilement visible.

Enfin, la radiologie servira beaucoup à suivre l'évolution de la maladie, à déceler le développement de nouvelles greffes parasitaires après la rupture kystique. Dans un cas publié par Botreaux-Roussel, de nombreuses greffes, toutes décelées par la radio, se sont produites après une vomique hydatique: dix-huit mois après celle-ci une radiographie montre d'une façon très nette la coque du kyste primitif au sommet gauche, huit kystes secondaires disséminés dans le poumon gauche, et un autre dans le poumon droit.

Le plus souvent, la vomique est insuffisante pour évacuer rapidement et d'une façon absolument complète le kyste hydatique, c'est pour cela que, dans la grande majorité des cas, la radiologie montre une image hydroaérique. Parfois, cependant, la vomique a produit une évacuation complète; on trouve alors uniquement une tache claire arrondie.

VIII. — LE DIAGNOSTIC DE L'ECHINOCOCCOSE PULMONAIRE

C'est un diagnostic souvent difficile et cela surtout en cas de kyste fermé: beaucoup de kystes ne sont pas diagnostiqués avant la vomique. Il nous faut aussi insister sur l'importance de l'examen radiologique. « C'est surtout un diagnostic radiologique que l'on a à discuter. » (Bezançon et de Jong.) Nous l'étudierons donc particulièrement. Auparavant, nous allons envisager le diagnostic clinique.

Avant la vomique, « en présence d'un malade présentant des signes fonctionnels tels que la toux, et surtout l'hémoptysie avec douleurs à type intercostal, et souvent réaction pleurale légère, on pense tout d'abord à la tuberculose ». Il faut donc étudier avec soin la courbe de poids, prendre fréquemment la température, et surtout rechercher à plusieurs reprises les bacilles de Koch dans les crachats. Mais même si tous ces examens sont négatifs, on ne peut éliminer entièrement l'hypothèse de tuberculose pulmonaire.

L'anévrisme de la crosse de l'aorte est aussi un diagnostic difficile. On recherche les signes de syphilis: mais si on n'en trouve pas, on ne peut cependant pas rejeter l'idée d'un anévrisme. Si on en trouve, on ne peut non plus rejeter absolument l'hypothèse d'une échinococcose.

Les abcès du poumon, les pleurésies interlobaires, à leur première période, c'est-à-dire à leur période fermée, peuvent donner des signes semblables à l'échino-

coccose, de même qu'une bronchite, une congestion pulmonaire banale, une corticopleurite: toutes ces affections pouvant avoir un début insidieux. Du reste, nous savons que le kyste hydatique présente fréquemment une zone de périkytite. Les abcès froids thoraciques, certaines tumeurs de la chaîne sympathique ou des racines spinales (Berthier), les kystes hématiques pleuro-pulmonaires post-traumatiques (Sergent et Pruvost) sont aussi impossibles à diagnostiquer cliniquement.

On pourra seulement soupçonner cliniquement l'échinococcose si on retrouve certains antécédents spéciaux (par exemple la cohabitation avec des chiens) ou si le malade présente de l'urticaire, signe de grande valeur.

Il sera tout à fait exceptionnel d'avoir à éliminer une pneumokoniose, une gomme syphilitique, une cysticercose.

En cas de kyste de la base du poumon, la pleurésie de la base sera surtout à éliminer, de même que les abcès sous-phréniques. Enfin, toutes les affections donnant un gros foie le seront aussi.

Quant au diagnostic du pneumothorax hydatique, il n'est presque jamais fait avant la ponction, on pense alors là aussi à la tuberculose, le pneumothorax tuberculeux étant infiniment plus fréquent. Le point de départ est aussi souvent difficile à préciser. Le pneumothorax a-t-il été produit par la rupture dans la plèvre d'une affection de siège pulmonaire ou de siège bronchique? En faveur de l'origine hépatique, on trouve

des signes hépatiques spéciaux, tels l'ictère, ou des antécédents de colique hépatique. Puis le liquide retiré par ponction est souvent fétide et contient des pigments biliaires.

Si le kyste s'est ouvert par vomique dans les bronches, ou bien le caractère hydatique de l'expectoration est net: liquide eau de roche, contenant des crochets d'échinocoques, des débris de membrane et des vésicules, et alors le diagnostic est facile (il faut cependant établir avec certitude le siège pulmonaire du parasite), ou bien la vomique est purulente. Alors il faut éliminer les abcès du poumon, les pleurésies interlobaires à leur phase ouverte. Dans tous ces cas, le plus souvent la flore microbienne est banale, comme dans la vomique purulente du kyste hydatique.

Nous avons vu que les tests biologiques n'étaient pas sans être sujets à discussion et sans poser aux aussi des diagnostics à discuter: l'éosinophilie sanguine est élevée dans toutes les affections parasitaires et d'autres maladies, comme l'asthme, présentent aussi une éosinophilie marquée. Nous avons aussi fait remarquer que les réactions de Weinberg et de Casoni, que certains ont considérées comme absolument spécifiques de l'échinococcose, pouvaient se montrer positives dans d'autres cas.

Mais le temps capital du diagnostic des kystes hydatiques pulmonaires, c'est le diagnostic radiologique.

Avant l'ouverture du kyste, on éliminera pour les kystes centraux l'anévrisme saciforme de la crosse de l'aorte, qui peut être non battant. On fait varier les positions du malade sous l'écran pour savoir si la

tumeur n'est pas distincte de l'aorte, si elle ne fait pas corps avec elle dans toutes les positions. On recherche l'aortite syphilitique; l'aorte peut apparaître sombre, zébrée.

Il peut y avoir en d'autres points rupture du parallélisme des bords. Enfin, bien souvent, la médiastinite syphilitique estompe les contours.

Toutes les tumeurs du médiastin posent un diagnostic souvent difficile avec les kystes centraux, et en particulier les abcès froids.

Les kystes hématiques du poumon, séquelles tardives des plaies de poitrine, donnent à la radio un aspect analogue à celui de l'échinococcose. Mais on a ici la notion du traumatisme antérieur. De plus, ces kystes hématiques sont des affections fort rares.

La pleurésie interlobaire donne en général une image assez spéciale allongée d'avant en arrière. L'abcès du poumon présente des contours beaucoup moins nets que pour le kyste hydatique, de même que les foyers de congestion pulmonaire.

Un autre diagnostic particulièrement délicat consiste à éliminer le cancer du poumon. J. Cathala, Maingot et Strée ont précisé ce problème, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (séance du 15 mai 1931) :

Lorsqu'il s'agit d'un kyste sous tension, non fissuré, les contours en sont nets et comme tracés au compas; la teinte est homogène. Au contraire, pour le cancer, l'ombre n'est pas absolument homogène, les contours sont moins réguliers, il y a une légère tendance à l'essaimage en dehors des limites de la masse principale.

Mais une variété de cancer du poumon, le sarcome, montre à l'examen radiologique une opacité parfaitement limitée et ronde, donc identique à celle d'un kyste sous tension, non fissuré et sans péricystite.

Le kyste hydatique rompu, ouvert dans les bronches, montre, à l'examen radiologique, une image hydroaérique. Alors, comme la tension n'existe plus, il y a affaissement de la membrane du parasite, et les contours sont ainsi déformés. Cette image hydroaérique peut parfaitement simuler une caverne tuberculeuse.

Enfin, dans les kystes de siège cortical, bien souvent même avant l'ouverture dans la plèvre, on trouve des épanchements réactionnels, des adhérences. Il est très difficile d'éliminer les pleurésies et épanchements pleuraux d'autre origine. De plus, le kyste hydatique du poumon, lorsqu'il siège à la base, est à peu près impossible à différencier d'une pleurésie diaphragmatique. Une ponction prudente, faite sous écran, pourrait, dans certains cas, en révélant la nature du liquide, montrer l'étiologie; mais nous avons vu qu'il vaut mieux s'abstenir de ponctionner un kyste.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il faudra déterminer l'origine hydatique et pulmonaire d'une cachexie et c'est évidemment avant tout la phtisie tuberculeuse qu'il faut éliminer. Pour Marfan, en cas de tuberculose, il y a toujours des troubles gastriques, de la diarrhée, alors que si c'est une phtisie hydatique, les troubles digestifs sont absents.

IX. — LE TRAITEMENT DES KYSTES

HYDATIQUES DU POUMON

Nous avons déjà signalé combien la question du traitement de l'échinococcose pulmonaire a été controversée ces dernières années.

C'est une question d'intérêt capital et qu'il importe de bien préciser.

Historique

Nous distinguerons quatre périodes :

La première période est celle postérieure à 1875 : c'est la période d'abstention absolue ; l'affection est abandonnée à elle-même. Les anciens auteurs considèrent son pronostic comme très grave et, d'après eux, cette évolution est fatale dans 75 % des cas.

Hearn, en 1875, préconise la ponction évacuatrice simple ou suivie de l'injection intrakystique d'un liquide caustique (solution de nitrate d'argent ou de formol). Mais cette méthode n'a donné que de mauvais résultats : ponctionner un kyste, c'est en effet risquer de l'infecter et d'infecter la plèvre avec lui, l'aiguille traversant une zone de péri-kystite que l'on rencontre fréquemment dans l'échinococcose pulmonaire. Parfois aussi, et à cause de la modification de tension intrakystique, la ponction a pu déterminer une rupture dans les bronches, rupture souvent accompagnée d'accidents dramatiques. Le malade peut mourir dans des accès de suffocation. D'autres fois, c'est un tableau de

shock anaphylactique que produit cette rupture. Enfin, celle-ci a pu s'accompagner d'hémorragies très abondantes, voire foudroyantes: ce fait est expliqué par l'anatomie pathologique qui montre la paroi du kyste sillonnée de gros vaisseaux. Enfin, la ponction, à côté de ces accidents précoces, a pu produire l'échinococcose secondaire, métastatique dont nous aussi avons déjà parlé en étudiant les complications de l'évolution spontanée.

C'est à cause de tous ces dangers que, dans une troisième période, un traitement uniquement chirurgical va être substitué à la méthode préconisée par Hearn.

Tuffier déclare, au Congrès de Moscou, en 1897, que

« la thérapeutique du kyste hydatique du poumon est d'ordre exclusivement chirurgical ». Le kyste ne doit pas être abandonné à lui-même, puisque, d'après les anciens auteurs, sa mortalité est, dans ce cas, élevée, mais, « qu'il soit ouvert et suppuré ou qu'il soit intact, l'opération est toujours indiquée » (Guyot, 1910). « Il n'y a pas de traitement médical des kystes hydatiques du poumon » (Soulinoux, 1911). Et, dit Duvé: « Rendu à l'unanimité des chirurgiens, cet arrêt a paru accepté des médecins eux-mêmes. Le traitement médical n'existe pas, déclaraient Méry et Babonneix en 1910. L'expectation, conseillée par Trousseau, donne des résultats déplorables. Il faut recourir à l'intervention chirurgicale dès que le diagnostic est fait. » Aussi, tous ces auteurs conseillent-ils la pneumotomie précoce. Leurs statistiques sont nettement en sa faveur, puisque, d'après elles, la mortalité tombe autour de 15 %.

Mais, en 1911, Duvé, dans un article publié par la

Normandie médicale, préconise l'abstention, au moins provisoire, dans certaines variétés de kystes: il insiste sur la valeur curative de la vomitique hydatique. Le Docteur Lepicard, son élève, développe, dans sa thèse, cette opinion. Il oppose deux variétés de kystes hydatiques: Les kystes centraux, profonds, sont peu accessibles chirurgicalement. Mais situés à proximité des grosses bronches, une vomique hydatique, survenue précocement, est très souvent curative. Le drainage est satisfaisant, puisque les bronches sont ici de gros calibre, et il est d'autant meilleur que le parasite est situé plus haut, l'orifice siégeant au point déclive de la poche.

La rupture spontanée du kyste central profond est souvent précoce, alors qu'il n'est pas encore infecté et qu'il est encore de petit volume, conditions qui permettent d'envisager un pronostic favorable.

Au contraire, les kystes corticaux sont beaucoup plus accessibles chirurgicalement. De plus, ils contractent souvent des adhérences pleurales, ce qui favorise la pneumotomie. La rupture spontanée survient pour eux tardivement dans des bronches de petit calibre: le drainage se fait mal, un pyopneumokyste se forme. La mortalité élevée est environ de 60 %. Ces formes périphériques sont donc celles qui doivent être traitées chirurgicalement, alors que dans les précédentes, il vaut mieux temporiser. Dévé cite de nombreux cas où la guérison a été observée après une vomique qui a amené l'évacuation complète du parasite. Enfin, d'après Cassoute et Poinso, chez l'enfant, l'ouverture par vomique est le moyen de guérison le plus rapide et le plus efficace.

Dangers propres à l'expectative

1° La vomique se produit dans les bronches :

La mort par asphyxie au cours de la vomique spontanée n'a été que très rarement signalée: c'est néanmoins une éventualité possible. Des hémoptysies importantes et répétées peuvent aussi se produire.

On a signalé aussi que parfois des accidents inquiétants, mais passagers, succédaient à la vomique, on doit les attribuer à l'intoxication hydatique. Mais nous devons surtout insister sur l'importance et la fréquence des complications infectieuses, broncho-pulmonaires: infection périkyistique produisant une congestion, une hépatisation, un abcès, et pouvant produire une suppuration lente, cachectisante, c'est la phtysie hydatique de Dieulafoy.

L'apparition ultérieure de tuberculose pulmonaire, sur laquelle insiste Escuredo, est considérée comme rare par Dévé.

2° La vomique se produit dans la plèvre :

Si le kyste est vivant, une échinococcose secondaire va se développer: la maladie est alors nettement aggravée. Si le kyste est mort et infecté, il faut beaucoup redouter le pyopneumothorax dont le pronostic est très sérieux. Ce sont surtout les kystes de siège cortical qui se rompent dans la plèvre, ce qui est un argument de grande valeur en faveur d'une intervention chirurgicale précoce pour ces derniers. Enfin, dans les vieux kystes, des fistules cutanées peuvent se produire: la cautérisation est un bon traitement, qui peut amener leur guérison, mais elle ne réussit pas toujours.

Dangers propres au traitement chirurgical

Ils sont nombreux et d'ordre très divers. Tout d'abord, Dévé insiste beaucoup sur l'impossibilité qu'il y a parfois pour le chirurgien de trouver le kyste au cours de son intervention, et il en signale une vingtaine d'observations. Il s'agit de kystes le plus souvent petits, centraux, profonds, donc difficilement accessibles. De plus, une péri-kystite intense était très gênante pour faire un très bon repérage radiologique.

Le shock opératoire est souvent important, surtout si l'on a opéré dans une zone où il n'y a pas d'adhérences de la plèvre à la paroi costale: il se produit un pneumothorax généralisé. Ce shock est aussi marqué si le kyste est profond et si pour l'atteindre il faut traverser une partie importante de parenchyme pulmonaire. Lagos Garcia cite deux cas et Lamos un, de mort subite par syncope, au cours de l'acte opératoire.

Les hémoptysies, les hémorragies post-opératoires peuvent être graves, voire mortelles: Dévé a réuni cinq observations où leur terminaison fut fatale.

Les suites opératoires peuvent aussi être compliquées d'infection broncho-pulmonaire ou pleurale, voire tuberculeuse.

Enfin des accidents dus à l'intoxication hydatique ne sont pas exceptionnels: il y avait toxicité enclose avant l'opération, celle-ci l'a fait cesser.

Les récidives hydatiques post-opératoires ont été signalées, mais sont très rares.

Cependant, il faut dire que, malgré cette énuméra-

tion de complications, il faudrait pas croire qu'opérer un kyste hydatique c'est être téméraire : dans la grande majorité des cas, on n'observe pas de complications post-opératoires graves.

Indications respectives du traitement médical

et du traitement chirurgical

Nous devons donc arriver, au sujet des indications opératoires, aux conclusions suivantes :

Il faut opérer les kystes corticaux, même s'ils sont de petit volume et qu'ils soient suppurés ou non.

Pour les kystes centraux, il faut distinguer plusieurs cas.

Si le kyste est intact et de petit ou moyen volume, et ne comprime pas d'organes importants, il vaut mieux s'abstenir et temporiser.

Si, au contraire, le kyste paraît être abordable chirurgicalement, ou paraît le devenir, il ne faut pas hésiter à intervenir.

Se trouve-t-on en présence d'une vomique due à un kyste central ? Il faut temporiser. Mais il faut surveiller attentivement :

* — l'état général du malade ;

— sa température ;

— l'expectoration, son abondance, son aspect, son odeur, elle peut devenir fétide ;

— sa flore microbienne.

Il faut ausculter fréquemment le malade et faire des radios répétées pour contrôler l'évolution. Celle-ci peut être favorable: c'est très souvent le cas pour Dédé.

Mais l'état général du malade peut devenir moins bon, il peut faire de la température, l'expectoration peut montrer une infection surajoutée: alors il faut envisager une intervention. Sinon, le malade évoluerait en quelques mois vers la cachexie hydatique des anciens auteurs, et de graves complications, d'ordre infectieux surtout, seraient à redouter.

Enfin, plus rarement, on peut se trouver en présence d'un kyste suppuré fermé: on notera les signes d'infection. Il ne faut pas attendre un état général trop profondément atteint pour intervenir.

Technique opératoire

On ne peut décrire une technique opératoire commune pour toutes les variétés de kystes hydatiques, en réalité la technique varie selon les cas.

Nous devons déjà signaler que parfois on a pu utiliser certaines méthodes agissant d'une façon indirecte: si le drainage d'un kyste ouvert par vomique dans les bronches se fait mal, la collapsothérapie a pu, dans certains cas, favoriser ce drainage. D'autres ont pu utiliser la phrénicectomie, la thoracotomie extrapleurale.

Mais ces méthodes indirectes ne sont que des méthodes adjuvantes et qui sont loin d'avoir la valeur des méthodes chirurgicales directes, dont les indications sont beaucoup plus nombreuses. C'est avant tout la pneumotomie que nous allons étudier maintenant.

Mais pour la rendre possible, pour éviter les opérations « bredouilles » dont parle Dédé, il est absolument nécessaire d'avoir fait préalablement, par la radioscopie, la radiographie et même la stéréoradiographie. On peut ainsi déterminer avec précision la voie d'abord la plus appropriée: voie antérieure, postérieure ou axillaire. Il faut de préférence utiliser l'anesthésie locale, l'anesthésie générale pouvant être dangereuse en cas de rupture brusque du kyste, ce qui est fréquemment observé au cours des opérations, et ce qui entraîne une asphyxie d'allure souvent dramatique. Certains chirurgiens, tels Posadas, de l'Ecole d'Argentine, opèrent le kyste en un temps. Mais, dans ces conditions, il faut redouter les accidents dramatiques du pneumothorax, qu'il faudra aussitôt traiter s'ils se sont produits par les inhalations d'oxygène, par les tonicardiaques. Puis, plus tardivement, cette méthode risque d'être l'origine d'un pyothorax, d'une échinococcose secondaire.

C'est pour cela que Lamos et l'Ecole de l'Uruguay cherchent à créer d'abord des adhérences pleurales, lorsque celles-ci ne sont pas préexistantes. On opérera en deux temps:

Dans un premier temps, on résèque une seule côte sur une longueur de 6 à 8 centimètres, et l'on cherche à créer des adhérences à l'endroit où l'on devra faire plus tard la pneumotomie. Pour arriver à ce résultat, on peut frotter la plèvre avec des compresses, ou la badigeonner à la teinture d'iode.

Dans un deuxième temps, c'est-à-dire dix à douze jours après, on ponctionne, avec une aiguille fine, de

préférence sous écran, à l'endroit où l'on a créé des adhérences. Puis le bistouri incisera le poumon en se guidant grâce à l'aiguille. On accouche la membrane et on pose un drain.

C'est actuellement la méthode de choix. Cependant, les adhérences sont souvent difficiles à obtenir. Parfois on n'y parvient pas, d'autres fois elles sont très fragiles. Enfin, la plèvre a pu être rompue en voulant créer ces adhérences, et on a dû terminer l'intervention en un seul temps (observation de R. de Vernejoul).

Traitement du pneumothorax hydatique spontané

Nous devons ici insister particulièrement sur ce traitement, car porter le diagnostic de pneumothorax hydatique spontané, c'est poser une indication opératoire formelle. Les ponctions sont absolument insuffisantes. C'est la thoracotomie qu'il faut pratiquer: il faut la faire d'urgence en cas de pneumothorax suffocant. Elle est très importante, car elle donne de très bons résultats. Il faut faire une large pleurotomie, une résection costale au point déclive. On fera ensuite un bon drainage. Les soins post-opératoires consisteront en des lavages de plèvre avec des solutions antiseptiques faibles.

Nous avons dit que le traitement donnait ici d'excellents résultats: Dévé en cite de nombreux exemples. Cependant, il faut craindre des complications post-opératoires: telle la persistance d'une fistule intarissable, qui rend parfois nécessaire une thoracoplastie secondaire, telles des hémoptysies, des hémorragies, attribuables à la persistance de la totalité ou d'une partie de

ce corps étranger que constitue le kyste hydatique. Il sera parfois indiqué de chercher à évacuer ces débris d'hydatide.

L'échinococcose pleurale, secondaire à une vomique, est rarement observée pour Duvé. Le traitement post-opératoire en est délicat. Beaucoup d'auteurs préconisent un lavage pleural formolé, mais l'emploi, pour cela, d'une solution forte est dangereuse, et celui d'une solution faible est peu efficace.

Enfin, chez tout malade ayant fait une vomique dans la plèvre, il faut pratiquer quelques temps après des examens radioscopiques de contrôle, pour essayer de déceler de nouveaux parasites latents.

Traitement de l'échinococcose infectée

En cas d'infection, et selon le germe en cause, décelé par le laboratoire, on fera au malade un vaccin approprié.



CONCLUSIONS

I. — D'après l'étude que nous venons de faire de l'échinococcose pulmonaire, nous pouvons dire que ce sont surtout les indications thérapeutiques qui sont encore actuellement les plus controversées. Faut-il opérer systématiquement et sans temporiser tous les kystes diagnostiqués? Il semble bien qu'il faut s'en tenir à l'opinion de Dévé: opérer tous les kystes corticaux, n'opérer que les kystes centraux abordables chirurgicalement et où l'on peut redouter des complications sérieuses: infection ou compressions.

Il faut s'abstenir dans les autres cas.

II. — L'étiologie et la pathogénie montrent que l'échinococcose pulmonaire est une maladie cosmopolite assez répandue. Mais surtout, l'étude de cette pathogénie a un intérêt prophylactique.

III. — De la clinique, nous retiendrons la fréquence des formes latentes et des formes frustes, de diagnostic particulièrement difficile.

IV. — Abandonnée à elle-même, l'échinococcose pulmonaire peut guérir spontanément, par la vomique hydatique curative de Dévé. Néanmoins, son pronostic doit être réservé, car nous avons vu qu'il fallait compter avec de nombreuses complications redoutables :

- Ruptures dans la plèvre;
- Hémoptysies graves;
- Infection;

— Intoxication hydatique;
— Echinococcose secondaire
en sont les principales.

V. — Quant aux tests biologiques, nous avons vu qu'ils ne paraissent pas avoir l'importance qu'on leur avait attribuée; ils sont inconstants et non pathognomoniques. L'intradermoréaction de Casoni paraît de beaucoup la meilleure épreuve.

VI. — Par contre, les données fournies par l'examen radiologique sont d'un intérêt capital, non seulement pour le diagnostic, mais surtout pour les indications thérapeutiques. Mais l'examen radiologique est souvent d'une interprétation délicate et de nombreuses erreurs de diagnostic sont à éviter.



Contribution à l'étude clinique des Kystes hydatiques
du Poumon

Thèse par Jean GUICHARD

Professeur A. LEMIERRE

Vu le Doyen :

G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer le

Recteur de l'Académie de Paris

M. CHARLETY.

Editions JEL, 16, rue Ernest Cresson, PARIS

